

VU Research Portal

Mogelijkheden voor preventie van AWBZ-gebruik: Netwerken van zelfstandig wonende ouderen

Plaisier, I.; van Tilburg, T.G.; Deeg, D.J.H.

2011

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Plaisier, I., van Tilburg, T. G., & Deeg, D. J. H. (2011). *Mogelijkheden voor preventie van AWBZ-gebruik: Netwerken van zelfstandig wonende ouderen*. Vrije Universiteit.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

4 *Mogelijkheden voor preventie van AWBZ-gebruik: netwerken van zelfstandig wonende ouderen*

Wetenschap voor Beleid



Door:

Dr. I. Plaisier

Prof. Dr. T.G. van Tilburg

Prof. Dr. D.J.H. Deeg

Maart 2011

4.1 Inleiding

De directie Maatschappelijke Ondersteuning van het ministerie VWS heeft LASA verzocht te onderzoeken wat de relatie is tussen AWBZ gebruik bij ouderen en hun sociaal netwerk. Het idee leeft dat sociale steun uit een goed netwerk een positief gezondheidseffect heeft waardoor mensen minder gebruik maken van AWBZ zorg en langer thuis kunnen blijven wonen. Bovendien hebben mensen met een groot sociaal netwerk meer mogelijkheden om informele hulp in te zetten van bijvoorbeeld partner, burens, kinderen of vrienden.

Bijna de helft van alle AWBZ indicaties wordt afgegeven aan mensen boven de 75 jaar, en de belangrijkste grondslag voor deze indicaties zijn somatische ziekten (CIZ beleidsmonitor 2^e halfjaar 2009). Ook vormen ouderen de grootste groep die een beroep doen op formele hulp die betaald wordt vanuit de Wmo, zoals huishoudelijke hulp, ouderenvervoer, maaltijdvoorzieningen en klussen- en vriendendiensten. Een deel van de hulp die ouderen ontvangen wordt gegeven door naasten, zoals de partner, dichtbij wonende kinderen of vrienden/buurtgenoten (de Boer, Broese van Groenou & Timmermans, 2009). Een groter sociaal netwerk levert meer potentiële mantelzorgers op. Echter, met de leeftijd neemt de netwerkgrootte vaak af, bijvoorbeeld doordat leeftijdgenoten overlijden, of door verweduwing. Vooral als er ook sprake is van een lichamelijke ziekte, zijn ouderen niet altijd in staat om nieuwe contacten aan te gaan (Dykstra, van Tilburg & de Jong-Gierveld, 2005).

Naast het gegeven dat een kleiner sociaal netwerk minder potentiële hulpbronnen (mantelzorgers) biedt, kan dit ook leiden tot sociaal isolement en gevoelens van eenzaamheid bij ouderen. In Nederland lijdt 32% van de 55-plussers aan gevoelens van eenzaamheid (de Jong-Gierveld & van Tilburg, 1999). Dit komt overeen met bevindingen in vergelijkbare West-Europese landen, waar een op de drie ouderen eenzaamheid ervaart (Holmen et al., 1992; Savikko et al., 2005). Eenzaamheid wordt omschreven als bedroefde gevoelens die samenhangen met een ervaren discrepantie tussen het gewenste en het feitelijke sociale netwerk (Peplau & Perlman, 1979). In een aantal prospectieve studies zijn verbanden gevonden tussen gevoelens van eenzaamheid en diverse gezondheidsproblemen (Luanaigh & Lawlor, 2008) zoals het ontstaan van depressieve symptomen (Cacioppo et al., 2006; Heikkinen & Kauppinen, 2004), slaapproblemen/dagelijks functioneren (Cacioppo et al., 2002), verhoogde bloeddruk (Hawkey et al. 2010), verminderde psychische gezondheid en cognitie (Wilson et al., 2007), en mortaliteit (Penninx et al., 1997; Hawkey & Cacioppo, 2003). Bovendien is een verband tussen eenzaamheid aangetoond met een verhoogd zorggebruik, zoals het verblijf in verpleeghuizen (Bloem & van Tilburg, 2006; Russell et al. 1997), eerste hulp consultaties (Andren & Rosenqvist, 1985), het aantal huisartsconsultaties (Ellaway, Wood, & Macintyre, 1999; Cheng, 1992) en het gebruik van thuiszorg (Hall & Havens, 1999).

De relatie tussen sociale netwerken en eenzaamheid enerzijds en het gebruik van AWBZ zorg en Wmo hulp anderzijds is in dit rapport nader onderzocht met gegevens van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). In dit rapport wordt de vraag beantwoord of zelfstandig wonende ouderen met een groter sociaal netwerk, rekening houdend met hun beperkingen, minder, meer, of anders gebruik maken van AWBZ zorg en andere vormen van hulp. Daarnaast wordt beschreven in hoeverre eenzaamheid samenhangt met gebruik van AWBZ en Wmo voorzieningen door zelfstandig wonende ouderen.

Opzet van het rapport

In hoofdstuk 2 wordt een beeld gegeven van de algemene kenmerken van ouderen die gebruik maken van AWBZ zorg, Wmo voorzieningen, maar ook informele hulp. De kenmerken die worden beschreven zijn leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, buurtkenmerken en gezondheid, waarbij lichamelijke beperkingen, chronische aandoeningen, depressieve symptomen en cognitieve beperkingen worden onderscheiden. Het derde hoofdstuk gaat in op de netwerkkenmerken van ouderen en de rol daarvan op het hebben van AWBZ zorg. Hierbij zijn de aanwezigheid van een partner in het huishouden, dichtbij wonende kinderen, de grootte van het netwerk, sociale steun en het verkrijgen van Wmo voorzieningen en informele hulp nader bestudeerd. In het vierde hoofdstuk wordt de rol van (sociale en emotionele) eenzaamheid en de relatie met AWBZ zorg en formele hulp belicht. Hoofdstuk vijf is een beschrijving van de uitstroom van zelfstandig wonende ouderen naar intramurale zorg en de samenhang met het sociaal netwerk en eenzaamheid. In het laatste hoofdstuk zijn conclusies en aanbevelingen geformuleerd voor vermindering van AWBZ zorg door versterking van sociale netwerken en preventie van eenzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen. De methodologische verantwoording voor het onderzoek waarop dit rapport is gebaseerd is te lezen in Bijlage 1.

4.2 Zelfstandig wonende ouderen: wie ontvangen een vorm van hulp?

Om te kunnen onderzoeken welke mogelijkheden het netwerk van zelfstandig wonende ouderen biedt voor preventie van AWBZ zorg, is het van belang om te weten wie van deze ouderen wel of geen hulp ontvangen. Kennis over persoonlijke omstandigheden van deze ouderen, zoals sociaal economische, demografische en lichamelijke kenmerken, maar ook kennis over de vormen van zorg die zij ontvangen kunnen het inzicht in mogelijkheden voor preventie van AWBZ zorg vergroten.

Voor dit rapport onderscheiden we verschillende vormen van hulp: namelijk AWBZ geïndiceerde zorg, formele (voornamelijk huishoudelijke) hulp, hulpmiddelen en informele hulp. Onder AWBZ zorg wordt persoonlijke begeleiding, persoonlijke verzorging of verpleging gerekend die door een professionele zorgverlener wordt gegeven. Onder formele hulp worden diensten gerekend die via het Wmo loket kunnen worden verkregen, zoals huishoudelijke hulp, boodschappendiensten, maaltijdvoorziening en klussen diensten¹. Hulpmiddelen zijn instrumentele voorzieningen die eveneens via het Wmo loket van de gemeente zijn verkregen. Een rollator, rolstoel, aanpassingen in de woning, parkeerkaarten, vervoersvoorzieningen en alarmsystemen zijn hier voorbeelden van. Informele hulp bestaat uit vormen van mantelzorg, verkregen uit het eigen netwerk van familie, burens, vrienden, of vrijwilligers van bijvoorbeeld de kerk. Zorg van een inwonende partner wordt hier *niet* onder gerekend. Er is in dit hoofdstuk ook onderzocht welke ouderen geen hulp ontvangen. Ouderen zonder hulp hebben geen AWBZ zorg, maken geen gebruik van Wmo voorzieningen, hebben geen informele hulp, maar maken ook geen gebruik van een particuliere hulp.

De kenmerken van zelfstandig wonende ouderen met en zonder een vorm van hulp die in dit hoofdstuk zijn onderzocht zijn kenmerken van de persoon (leeftijd, sekse en opleidingsniveau), gezondheidskenmerken (lichamelijke beperkingen, chronische aandoeningen, depressieve symptomen, geheugenproblemen en subjectieve gezondheid) en kenmerken van de buurt (bevolkingsdichtheid, percentage migranten en regio). Dit zijn kenmerken die mogelijk los van netwerkkenmerken en eenzaamheid een rol spelen bij het verkrijgen van AWBZ zorg, formele hulp, hulpmiddelen en/of informele hulp.

Voor het beantwoorden van de vraag welke ouderen een vorm van hulp ontvangen, is gebruik gemaakt van gegevens van 1549 zelfstandig wonende ouderen van 60 jaar en ouder uit de LASA waarneming van 2008-2009. De bevindingen zijn gepresenteerd in Tabel 2.1. Met Chi-kwadraat toetsen, t-toetsen en variantie-analyse zijn groepsverschillen in de ontvangen AWBZ zorg, formele hulp en informele hulp onderzocht; ook zijn multivariate regressieanalyses uitgevoerd.

4.2.1 Hoeveel ouderen ontvangen hulp?

Van de 1549 zelfstandig wonende mensen van 60 jaar en ouder die de onderzoeksgroep vormen van dit rapport, ontvangen 841 ouderen (54%) geen enkele vorm van hulp. Iets minder dan de helft van de zelfstandig wonende ouderen heeft wel enige vorm van hulp. 141 personen (9%) ontvangen AWBZ zorg voor gemiddeld 1,2 (SD 2,5) uur per week². 283

¹ Particuliere hulp, een 'werkster' die op eigen initiatief en kosten wordt ingezet valt hier niet onder.

² Het gaat voornamelijk om persoonlijke verzorging en verpleging, slechts vijf personen hebben een indicatie voor persoonlijke begeleiding.

personen (18%) hebben een vorm van formele hulp³. Ouderen met deze vorm van (meestal huishoudelijke) hulp, ontvangen dit gemiddeld 2,9 (SD 2,4) uur per week. Er zijn 172 (11%) ouderen die informele hulp ontvangen, gemiddeld krijgen zij 4,2 uren (SD 18,3) hulp uit het eigen netwerk, de partner niet meegerekend. De grote standaarddeviaties bij met name informele hulp geven aan dat de variatie in uren zorg die ouderen ontvangen groot is. Van de ouderen die gebruik maken van AWBZ zorg, ontvangt 72% ook een vorm van formele hulp en heeft 77% een hulpmiddel. Bij mensen zonder AWBZ zorg is dit respectievelijk 13% en 18%. Voor informele hulp zien we ook dat ouderen met AWBZ zorg vaak hulp krijgen: 32% van de ouderen met AWBZ zorg krijgt ook een vorm van informele hulp, bij ouderen zonder AWBZ zorg is dit 9%. Een op de vijf ouderen met AWBZ zorg ontvangt daarnaast zowel formele hulp als informele hulp.

4.2.2 Persoonskenmerken van zelfstandig wonende ouderen met vormen van hulp

Uit tabel 2.1 blijkt dat met de leeftijd het aantal ouderen dat hulp ontvangt toeneemt (p-waarde voor alle vormen van hulp $<0,001$). Het aandeel ouderen zonder hulp is onder de jongsten (60 tot 65 jarigen) 82%, bij ouderen van 85 jaar en ouder is dit nog slechts 9%. Bijna een op de drie zelfstandig wonende ouderen van 85 jaar of ouder ontvangt AWBZ zorg, 60% heeft een vorm van Wmo hulp en ruim een derde ontvangt informele hulp. Voor geen van de zorgvormen zijn er verschillen in het aantal uren zorg per geboortecohort (alle p-waarden $> 0,05$). Er zijn duidelijke verschillen tussen mannen en vrouwen in de ontvangen hulp: vrouwen ontvangen twee keer vaker dan mannen AWBZ zorg ($p < 0,001$), maar het aantal uren zorg verschilt niet tussen mannen en vrouwen ($p > 0,05$). Vrouwen ontvangen ook vaker een vorm van formele en informele hulp en gebruiken vaker hulpmiddelen dan mannen (alle p-waarden $< 0,001$), maar er is geen verschil in het aantal uren formele en informele hulp tussen de sekse (alle p-waarden $> 0,05$). Mensen met een lager opleidingsniveau ontvangen vaker AWBZ zorg, formele hulp en informele hulp en gebruiken vaker hulpmiddelen dan hoger opgeleiden (voor alle vormen hulp $p < 0,001$), maar er is geen verband tussen opleidingsniveau en het aantal uren van de verschillende vormen van zorg (alle p-waarden $> 0,05$).

³ Huishoudelijke hulp door een particuliere hulp wordt hier niet meegerekend, het gaat alleen om hulp waarvoor een indicatie (vanuit Wmo of WVG) nodig is.

Tabel 2.1 Vormen (%) en hoeveelheid (uren) zorggebruik naar persoonskenmerken, gezondheidskenmerken en buurtkenmerken van zelfstandig wonende ouderen

	AWB Z zorg	Uren (SD)	Formel e hulp	Uren (SD)	Informel e hulp	Uren (SD)	Hulp- middel	Geen hulp
TOTAAL (n=1549)	9,1	1,2 (2,5)	18,3	2,9 (2,4)	11,1	4,2(18,3)	23,6	54,3
PERSOONSKENMERKEN								
Leeftijd:								
> 85 (n=112)	31,3	1,3 (2,2)	59,8	3,4 (3,8)	34,8	11,5 (37,3)	72,3	8,9
80 – 84 (n=162)	25,9	1,2 (2,3)	54,3	2,6 (1,7)	19,1	2,8 (4,8)	54,9	12,3
75 – 79 (n=240)	11,7	1,7 (3,5)	25,8	2,8 (1,8)	17,1	2,0 (2,5)	33,0	37,1
70 – 74 (n=271)	6,8	0,8 (2,3)	11,1	2,8 (2,1)	10,3	1,6 (2,3)	18,8	53,5
65 – 69 (n=372)	2,7		7,0	2,3	5,4		12,6	68,5
		0,7 (2,2)		(12,1)		0,9 (1,2)		
60 – 64 (n=392)	2,3	0,2 (0,7)	2,6	3,2 (2,1)	3,3	2,9 (4,8)	4,3	82,1
Sekse:								
Man (n=697)	5,6	1,9 (3,6)	12,5	2,8 (1,9)	7,2	2,9 (3,2)	14,8	64,6
Vrouw (n=852)	12,0	0,9 (1,9)	23,0	2,9 (6,7)	14,3	4,7 (21,6)	30,8	45,9
Opleidingsniveau:								
Laag (n=383)	14,1	1,1 (2,1)	28,7	3,0 (1,9)	21,1	6,4 (26,3)	37,1	43,6
Midden (n=867)	8,5	1,3 (2,8)	15,8	2,7 (2,9)	9,2	2,1 (3,1)	21,3	58,0
Hoog (n=299)	4,3	0,8 (2,2)	12,0	2,9 (2,1)	3,7	2,5 (4,8)	12,7	57,2
GEZONDHEIDSKENMERKEN								
# lichamelijke beperkingen:								
Geen (n=669)	1,8	0,0 (0,0)	4,9	1,5 (1,4)	3,3	2,9 (3,3)	5,5	75,6
Licht beperkt (n=438)	4,8	0,9 (2,9)	13,7	2,5 (2,0)	9,1	1,2 (1,3)	16,7	55,9
(matig / ernstig beperkt (n=442)	24,4	1,4 (2,5)	43,0	3,2 (2,6)	24,9	5,5 (22,7)	57,7	20,4
# Chronische aandoeningen:								
0 (n=349)	2,6	0,1 (0,3)	5,7	1,9 (1,4)	6,0	1,9 (2,9)	8,0	74,5
1 (n=569)	6,9	1,1 (2,4)	14,4	2,6 (1,8)	10,0	4,8 (22,4)	19,3	56,8
2 (n=401)	11,5	0,6 (1,5)	26,2	3,0 (3,2)	13,5	5,4 (22,9)	31,9	44,6
≥3 (n=230)	20,4	2,0 (3,3)	33,0	3,3 (1,9)	17,4	2,8 (3,9)	43,0	34,3
Depressieve symptomen:								
Nee (n=1374)	7,1	0,9 (2,0)	15,9	2,6 (1,8)	10,3	4,7 (20,1)	21,0	57,4
Ja (n=175)	24,6	1,8 (3,3)	37,1	3,6 (3,7)	17,7	1,6 (3,2)	44,0	30,3
Problemen met cognitie:								
Geen (n=670)	4,8	0,7 (1,8)	13,3	2,5 (1,7)	6,1	1,9 (2,8)	15,7	61,9
Matig (n=870)	11,8	1,3 (2,6)	21,8	3,0 (2,7)	14,7	3,7 (15,3)	29,2	49,0
Sterk (n=9)	66,7	2,5 (3,6)	44,4	3,5 (2,6)	33,3	56,8 (96,3)	66,7	11,1
Subjectieve gezondheid:								
Goed (n=1091)	5,1	1,0 (2,3)	11,9	2,4 (1,7)	8,0	4,5 (18,9)	15,3	63,7
Matig (n=352)	15,1	0,9 (1,9)	27,8	3,0 (3,3)	18,2	2,0 (3,0)	36,6	38,1
Slecht (n=178)	20,2	1,8 (3,3)	36,0	3,4 (2,0)	14,6	8,3 (32,6)	44,9	32,6
BUURTKENMERKEN								
Urbanisatiegraad:								
Laag (n=291)	8,2	2,1 (3,7)	15,1	2,9 (1,9)	12,4	2,6 (3,3)	15,8	57,0
Midden (n=613)	9,3	1,0 (2,0)	17,8	2,9 (1,9)	10,6	1,7 (2,0)	23,0	56,1
Hoog (n=645)	9,3	1,0 (2,2)	20,2	2,8 (3,0)	11,0	7,3 (28,1)	27,6	51,3
Bevolkingsamenstelling:								
<5% immigranten (n=1049)	9,6	1,3 (2,5)	20,0	2,9 (2,6)	10,1	4,8 (21,5)	22,8	53,0
40% ≥immigranten≤ 5% (n=437)	8,2	0,8 (2,3)	14,4	2,9 (1,9)	9,5	1,8 (2,0)	24,3	56,5
>40% immigranten (n=63)	6,3	1,0 (2,2)	15,9	2,8 (3,0)	9,1	7,3 (11,5)	31,7	60,3
Regio:								
Buiten LASA regio (n=66)	13,6	0,3 (1,0)	27,3	2,8 (2,1)	9,1	1,7 (1,9)	28,8	53,0
Amsterdam e.o.(n=627)	8,5	1,1 (2,5)	17,4	2,6 (1,8)	8,1	2,3 (3,9)	26,0	56,8
Zwolle e.o.(n=498)	7,4	1,2 (2,1)	17,5	3,3 (3,3)	13,1	4,3 (20,7)	22,3	54,8
Oss e.o. (n=358)	11,7	1,4 (2,9)	19,3	2,7 (2,0)	14,0	6,2 (24,0)	20,1	49,4

4.2.3 Gezondheidskenmerken en ontvangen hulp

Zelfstandig wonende ouderen hebben vaker AWBZ zorg, formele hulp, informele hulp en gebruiken vaker hulpmiddelen als zij meer lichamelijke beperkingen hebben (alle p-waarden < 0,001). Het aantal uren zorg en hulp neemt eveneens toe bij meer lichamelijke beperkingen (alle p-waarden < 0,05). Ook ouderen met meer chronische aandoeningen hebben vaker een vorm van zorg (alle p-waarden < 0,001). Chronische aandoeningen zijn minder sterk geassocieerd met het aantal uren AWBZ zorg ($p = 0,06$), uren formele hulp ($p = 0,02$) en niet geassocieerd met het aantal uren informele hulp ($p = 0,85$). Mensen met depressieve symptomen ($\text{CES-D} \geq 16$), hebben vaker AWBZ zorg ($p < 0,001$), formele hulp ($p < 0,001$) en informele hulp ($p < 0,001$) en gebruiken meer hulpmiddelen ($p < 0,001$). Een toename van het aantal depressieve symptomen hangt samen met een toename in het aantal uren AWBZ-zorg en formele hulp (beide p-waarden < 0,01), maar niet met het aantal uren informele hulp ($p = 0,40$). Het aantal uren informele hulp lijkt met gemiddeld 1,6 uur per week juist minder bij mensen met depressieve symptomen dan bij mensen zonder depressieve symptomen, die gemiddeld 4,7 uur informele hulp per week ontvangen.

Ook het hebben van problemen met de cognitie hangt samen met vormen van zorg: hoe sterker de cognitieve problemen zijn, hoe vaker zorg wordt ingezet (alle p-waarden < 0,001). En hoewel het aantal uren formele hulp niet toeneemt naarmate de problemen met de cognitie sterker zijn ($p = 0,48$), nemen het aantal uren AWBZ zorg en vooral het aantal uren informele hulp wel toe (beide p-waarden < 0,01⁴).

De subjectieve gezondheid van zelfstandig wonende ouderen vertoont ook een sterke samenhang met verschillende vormen van zorg en hulp, waarbij mensen met de slechtste subjectieve gezondheid het vaakst hulp ontvangen (voor alle vormen hulp $p < 0,001$). Het aantal uren neemt hierbij niet toe (alle p-waarden > 0,05).

In een aanvullende analyse is de mate van zorggebruik bij zeven verschillende veelvoorkomende chronische ziekten onderzocht (zie Tabel 2.2). Hieruit blijkt dat ouderen met vaataandoeningen en CVA vaak hulp krijgen; dit zijn vooral formele vormen van hulp. Twee van de drie mensen met deze chronische aandoeningen hebben enige vorm van hulp. Mensen met CARA die een vorm van hulp ontvangen (ruim een op twee), ontvangen gemiddeld de meeste uren hulp.

⁴ Getoetst in biviaat regressie model met MMSE score als continue variabele.

Tabel 2.2 Vormen (%) en hoeveelheid (uren) zorggebruik van zelfstandig wonende ouderen bij 7 typen veelvoorkomende chronische ziekten

	AWB Zorg	Uren (SD)	Formel e hulp	Uren (SD)	Inform ele hulp	Uren (SD)	Hulp middel en	Gee n hulp
TOTAAL(n=1549)	9,4	1,2 (2,5)	18,3	2,9 (2,4)	10,8	4,2(18,3)	23,6	54,3
Chronische ziekten								
CARA ⁵	16,0	2,4 (2,9)	28,6	3,4 (3,8)	15,4	7,7 (14,5)	34,0	42,4
Hartziekte ⁶	15,6	1,5 (3,1)	28,8	3,1 (1,9)	13,8	2,5 (9,0)	36,0	40,1
Vaataandoening ⁷	21,2	1,2 (3,6)	37,1	3,1 (1,8)	21,0	7,3 (18,2)	39,7	32,5
Diabetes	13,4	1,9 (2,3)	22,6	2,9 (1,8)	15,5	1,8 (3,0)	33,6	44,2
CVA	23,4	1,8 (2,4)	40,3	3,1 (2,0)	18,8	2,1 (2,3)	40,3	31,5
Reuma	11,9	1,2 (2,5)	23,5	3,0 (2,6)	11,9	3,9 (16,7)	31,3	47,0
Kanker	12,5	1,7 (3,4)	23,4	2,9 (2,4)	13,5	2,4 (3,3)	28,6	47,3

4.2.4 Buurtkenmerken en ontvangen hulp

Van de buurtkenmerken heeft de bevolkingssamenstelling een verband met het hebben van formele hulp ($p = 0,03$). In buurten met minder dan 5% immigranten wordt iets vaker formele hulp ontvangen; het aantal uren verschilt echter hierbij niet. Bewoners van buurten met een hoge urbanisatiegraad gebruiken vaker hulpmiddelen dan bewoners van buurten met een lage urbanisatiegraad ($p < 0,001$). Er was ook een regionaal verschil in ontvangen informele hulp ($p = 0,01$). In de regio Oss wordt het vaakst informele hulp ontvangen, 14% van de ouderen ontvangt daar een vorm van informele hulp, in de regio Amsterdam is dit 8%. Er zijn geen overige verschillen in vormen en uren zorg en hulp.

4.2.5 Samenvatting: welke zelfstandig wonende ouderen ontvangen een vorm van hulp?

Of een zelfstandig wonende oudere een vorm van hulp ontvangt, hangt naast de leeftijd, sekse en opleidingsniveau, sterk samen met de gezondheid. De mate van lichamelijke beperkingen, chronische ziekten, maar ook depressieve symptomen, problemen met de cognitie en de subjectieve gezondheidsbeleving houden alle verband met het wel of niet hebben van AWBZ

⁵ CARA: chronische bronchitis, astma, longemfyseem

⁶ Hartziekte: hartritmestoornissen, hartfalen of decompensatie, angina pectoris, vernauwing kransslagader

⁷ Vaataandoeningen: afwijkingen of aandoeningen in vaten van buik of benen

zorg en formele of informele vormen van hulp. Het aantal uren waarin AWBZ zorg wordt ontvangen, is hoger als er meer lichamelijke beperkingen, meer depressieve symptomen en meer cognitieve problemen zijn. Het verband tussen het aantal chronische ziekten en de uren AWBZ zorg is minder sterk. Subjectieve gezondheid houdt geen verband met het aantal uren dat AWBZ zorg verkregen wordt. Het aantal uren formele zorg neemt ook toe bij meer lichamelijke beperkingen, meer chronische aandoeningen en bij depressieve symptomen, maar niet bij cognitieve problemen of een slechte subjectieve gezondheid. Lichamelijke beperkingen en problemen met cognitie hebben een verband met meer uren informele hulp, maar chronische aandoeningen en subjectieve gezondheid niet. Opvallend is dat meer depressieve symptomen bij de oudere samen lijkt te hangen met minder uren informele hulp.

Buurtkenmerken spelen slechts een bescheiden rol in de mate waarin ouderen hulp ontvangen. Er werd een klein verschil gevonden in formele hulp; deze wordt vaker door ouderen in buurten met weinig immigranten ontvangen. Mensen in stedelijke gebieden maken meer gebruik van hulpmiddelen dan mensen in dorpen of op het platteland. In de regio Oss wordt vaker informele hulp ontvangen dan in de regio's Amsterdam en Zwolle. Het aantal uren zorg en hulp verschilt niet tussen buurten.

Ouderen die gebruik maken van AWBZ zorg hebben ook vaak informele en formele hulp en hulpmiddelen die verstrekt worden in het kader van de Wmo. Een op de drie ouderen met AWBZ zorg heeft daarnaast zowel formele als informele hulp.

4.3 Sociale netwerken van zelfstandig wonende ouderen en het gebruik van AWBZ zorg, formele en informele hulp

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag in hoeverre netwerkkenmerken van zelfstandig wonende ouderen een rol spelen bij het hebben van AWBZ zorg, formele en informele hulp. Er wordt gekeken naar objectieve netwerkkenmerken, zoals de grootte van het netwerk van de oudere, hoeveel kinderen dichtbij wonen, en of een partner in het huishouden aanwezig is, en naar sociale steun die uit het netwerk verkregen wordt. Daarnaast wordt in dit hoofdstuk ook het aantal uren zorg dat ouderen van de partner, kinderen, vrienden, een particuliere hulp of thuiszorg ontvangt, onderzocht op hun relatie met het ontvangen van AWBZ zorg.

4.3.1 De rol van de partner

Een belangrijk element van het sociale netwerk van ouderen is de aanwezigheid van een partner in het huishouden. Deze is doorgaans de eerste die hulp verleent als lichamelijke en/of psychische problemen ontstaan (Agree & Glaser, 2009). Van de zelfstandig wonende ouderen uit onze onderzoekspopulatie woont 70% samen met een partner. In Tabel 3.1 zijn percentages weergegeven van zorgvormen bij ouderen met een partner in het huishouden en bij ouderen zonder partner in het huishouden. Hieruit blijkt dat van de ouderen zonder partner in het huishouden 68% een vorm van hulp ontvangt; dit percentage halveert bij ouderen met een partner in het huishouden (34%). Mensen zonder partner hebben ruim drie keer vaker dan mensen met partner een vorm van AWBZ zorg (17% tegen 5%). Formele (huishoudelijke) hulp komt vier keer zo vaak voor bij mensen zonder partner vergeleken met mensen met een partner in huis (36% versus 9%) en informele hulp ruim drie keer zo vaak (20% voor mensen zonder en 6% voor mensen met een partner in huis). Ook gebruiken ouderen zonder partner in huis bijna drie keer zoveel hulpmiddelen zoals een alarmsysteem, vervoersregelingen of een looprek vergeleken met mensen met een partner (40% versus 14%).

De gevonden verschillen in hulp bij mensen met en zonder een partner in het huishouden kunnen mogelijk verklaard worden door andere factoren die samenhangen met het wel of niet hebben van een partner. Zo neemt de kans dat een oudere een inwonende partner heeft met de leeftijd af en neemt de kans op gezondheidsproblemen met de leeftijd toe. Dit heeft invloed op de behoefte aan hulp en zorg. In Tabel 3.2 worden resultaten van analyses in multivariate modellen getoond. Hieruit blijkt dat het hebben van een partner in het huishouden, rekening houdend met leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, buurt en gezondheidskenmerken, de kans op het hebben van AWBZ zorg nog steeds vermindert ($OR = 0,57$; $p < 0,05$). Ook als tevens rekening wordt gehouden met overige netwerkkenmerken en de uren zorg die uit formele en informele bronnen wordt verkregen, blijft zichtbaar dat een partner in het huishouden de kans op AWBZ zorg verkleint ($OR = 0,63$, $p < 0,10$). Zelfstandig wonende ouderen ontvangen in totaal gemiddeld 0,9 (SD = 8,3) uur zorg per week van de partner. Uit tabel 3.1 blijkt dat als er AWBZ zorg, formele of informele hulp wordt ontvangen, ook de partner gemiddeld meer uren hulp verleent. Bij mensen die AWBZ zorg ontvangen, verleent de partner gemiddeld 1,9 (SD = 14,5) uren zorg per week, dit is meer dan de gemiddelde 1,2 uren zorg die ouderen uit AWBZ zorg ontvangen (zie hoofdstuk 2). Ouderen die helemaal geen zorg uit AWBZ of formele/informele hulp ontvangen, krijgen gemiddeld 0,8 (SD 7,1) uur hulp van de partner. Rekening houdend met persoonlijke kenmerken, gezondheid, en ook netwerkkenmerken, heeft het aantal uren zorg dat de partner verleent geen effect op de kans dat AWBZ zorg wordt ingezet ($p > 0,10$) (Tabel 3.2).

Het kan voorkomen dat de partner van de zelfstandig wonende oudere niet in staat is zorg te verlenen, doordat deze zelf zorg ontvangt. Hierom hebben we in aanvullende analyses de modellen ook gecontroleerd voor zorg die de partner ontvangt, maar dit veranderde de resultaten niet (resultaten niet gepresenteerd)

4.3.2 De rol van dichtbij wonende kinderen

Naast de zorg van een partner krijgen ouderen ook vaak zorg van hun kinderen. Met name kinderen die dichtbij wonen (< 15 minuten reistijd), nemen vaak een aantal huishoudelijke taken en/of persoonlijk zorg voor hun ouders op zich (Agree & Glaser, 2009). De ouderen in het onderzoek hebben gemiddeld 1,6 (range 0-9, SD 1,7) kinderen die binnen een afstand van 15 minuten reistijd wonen. Het aantal dichtbij wonende kinderen verschilt niet tussen mensen met en zonder AWBZ zorg, maar wel tussen mensen met en zonder informele hulp. Ouderen die informele hulp ontvangen, hebben gemiddeld 2,2 (SD = 2,1) dichtbij wonende kinderen tegenover gemiddeld 1,5 (SD = 1,6) dichtbij wonend kind bij ouderen zonder informele hulp ($p < 0,001$) (zie Tabel 3.1). Dit ondersteunt het idee dat dichtbij wonende kinderen een belangrijke bron van informele hulp voor ouderen zijn.

Ouderen die gebruik maken van AWBZ zorg, formele hulp of hulpmiddelen, ontvangen meer uren zorg door kinderen dan ouderen zonder deze formele zorg en hulp (alle p waarden kleiner dan 0,01). Ouderen ontvangen in totaal gemiddeld 0,3 uren (SD = 1,4) zorg van kinderen, bij mensen met AWBZ zorg is dit 0,6 uur (SD = 1,9) en bij ouderen met formele hulp of hulpmiddelen is dit in beide gevallen 0,4 uur (SD = 1,7).

Als rekening wordt gehouden met persoonlijke en gezondheidskenmerken is er geen verband tussen het aantal dichtbij wonende kinderen en de kans dat AWBZ zorg wordt ingezet, ook niet als tevens met overige netwerkkenmerken rekening wordt gehouden (p in beide modellen $> 0,05$). Het aantal uren dat de oudere hulp ontvangt van zijn of haar kinderen is ook niet

gerelateerd aan de inzet van AWBZ zorg als rekening wordt gehouden met persoonskenmerken en gezondheidskenmerken (zie Tabel 3.2).

4.3.3 Grootte van het sociale netwerk

Het netwerk van de ouderen in het onderzoek bestaat uit gemiddeld 16,4 (range 0-74; SD 9,6) personen. Bij ouderen die een vorm van hulp ontvangen, is het netwerk kleiner dan bij mensen zonder een vorm van hulp (bij alle hulpvormen $p < 0,01$, Tabel 3.1). Met de leeftijd neemt de netwerkgrootte doorgaans af en de zorgbehoefte toe. Daarom is het noodzakelijk om bij onderzoek naar de associatie tussen netwerkgrootte en zorg rekening te houden met persoonskenmerken en gezondheidskenmerken. Als met deze kenmerken rekening wordt gehouden (zie Tabel 3.2), heeft de grootte van het netwerk geen effect op het wel of niet hebben van AWBZ zorg. Als tevens rekening wordt gehouden met het aantal uren zorg uit formele en informele bronnen, is er sprake van een trend ($OR = 0,97$; $p < 0,10$), waarbij de kans op AWBZ zorg afneemt als het netwerk groter is. Kinderen maken deel uit van dit netwerk en zoals eerder beschreven gaat een groter aantal uren zorg dat door kinderen wordt verleend samen met een grotere kans dat ook AWBZ zorg is ingezet. Voor overige familie, vrienden en burens uit het netwerk is er geen effect ($p > 0,10$).

Tabel 3.2 De relatie tussen netwerkkenmerken en het hebben van AWBZ zorg bij zelfstandig wonende ouderen (> 60 jaar, N=1549)

	AWBZ zorg			
	Individueel getoetst*		Simultaan getoetst**	
	OR (95% BI)	p	OR (95% BI)	p
Netwerkkenmerken:				
Partner in huishouden	0,57 (0,36 – 0,90)	,017	0,63 (0,38 – 1,06)	,080
Netwerkgrootte (n=1452)	0,99 (0,97 – 1,01)	,270	0,97 (0,94 – 1,01)	,091
Aantal kinderen dichtbij (n=1486)	0,95 (0,84 – 1,08)	,465	0,94 (0,82 – 1,09)	,431
Instrumentele steun	1,03 (1,00 – 1,07)	,056	1,05 (1,00 – 1,09)	,012
Emotionele steun	1,00 (0,97 – 1,03)	,940	0,99 (0,95 – 1,03)	,528
Uren zorg van:				
Partner	1,00 (0,99 – 1,02)	,653	0,99 (0,94 – 1,05)	,758
Kinderen	1,04 (0,91 – 1,19)	,544	1,07 (0,93 – 1,22)	,357
Vrienden/overige familie	1,11 (0,80 – 1,56)	,526	1,07 (0,71 – 1,60)	,756
Particuliere hulp	1,01 (0,98 – 1,04)	,600	0,69 (0,60 – 0,79)	<,001
Formele hulp	1,03 (1,00 – 1,06)	,037	1,46 (1,28 – 1,66)	<,001

*Logistische regressie modellen, gecontroleerd voor leeftijd, sekse, opleidingsniveau, regio, urbanisatiegraad, aantal lichamelijke beperkingen, aantal chronische ziekten, depressieve symptomen en cognitie.

** Alle variabele simultaan getoetst in logistische regressie model (n=1422), gecontroleerd voor leeftijd, sekse, opleidingsniveau, regio, urbanisatiegraad, aantal lichamelijke beperkingen, aantal chronische ziekten, depressieve symptomen en cognitie.

Uit nadere analyses blijkt dat de kans op AWBZ zorg bij mensen met de grootste netwerken (bestaande uit meer dan 21 personen, het hoogste kwartiel), rekening houdend met persoonskenmerken, gezondheid, andere netwerkenmerken en de inzet van formele hulp, een factor 0,4 ($p = 0,02$) kleiner is (resultaten niet verder gepresenteerd). Ouderen met een groot sociaal netwerk zijn vaker hoog opgeleid (25% versus 17%) en wonen minder vaak in buurten met een hoge urbanisatiegraad (32% versus 44%) dan ouderen met een klein sociaal netwerk. Sociaal economische factoren lijken hierin dus een belangrijke rol te spelen.

4.3.4 Sociale steun

Uit een sociaal netwerk kan sociale steun verkregen worden. Sociale steun wordt onderscheiden in instrumentele steun en emotionele steun. Onder instrumentele steun worden praktische zaken gerekend, zoals een klusje in huis doen, zorgen voor vervoer, geld lenen. Emotionele steun is bijvoorbeeld het bieden van een luisterend oor, adviezen geven, iemand moed inpraten. Op een schaal van 0-36 scoren de ouderen uit het onderzoek gemiddeld 15,4 (SD = 6,0) punten op instrumentele steun, en 22,5 (SD 7,2) punten op emotionele steun. Mensen met een vorm van hulp scoren hoger op de mate van ontvangen instrumentele steun (alle p waarden $< 0,05$, zie Tabel 3.1). De mate van emotionele steun die wordt ontvangen is hoger bij ouderen met informele hulp (23,7 (SD 7,4)) dan bij mensen zonder informele hulp (22,4 (SD 7,2)) maar verschilt niet tussen ouderen met en zonder formele vormen van zorg en hulp. Instrumentele steun, maar niet emotionele steun, is ook gerelateerd aan de ontvangen AWBZ zorg als rekening wordt gehouden met persoonlijke en gezondheidskenmerken (OR = 1,03; $p = 0,05$), en dit verband is sterker als tevens gecontroleerd wordt voor overige netwerkenmerken (OR = 1,05; $p < 0,05$). Hoe meer instrumentele steun ouderen uit hun sociale netwerk ontvangen, hoe groter de kans dat ook AWBZ zorg is ingezet.

4.3.5 Overige hulp

Veel ouderen hebben naast hulp uit het netwerk en/of de zorg van professionals een werkster of particuliere hulp. Dit is iemand die tegen betaling (al dan niet 'zwart') huishoudelijke taken doet. Deze particuliere hulp wordt in dit onderzoek niet gerekend tot formele vormen van hulp, zoals Wmo hulp of thuiszorg. Deze vorm van hulp is wezenlijk anders: er hoeft geen toestemming voor te worden verkregen bij een zorgloket, en ouderen bepalen zelf hoe vaak en wanneer deze hulp wordt ingezet. De uren particuliere hulp die ouderen ontvangen verschilt niet tussen mensen die wel of geen AWBZ zorg of informele hulp ontvangen (p waarden $> 0,10$; zie Tabel 3.1). Als rekening wordt gehouden met persoonskenmerken, gezondheid, netwerkenmerken en ingezette hulp (Tabel 3.2), is het aantal uren particuliere hulp is negatief geassocieerd met AWBZ zorg (OR = 0,69; $p < 0,001$). Formele huishoudelijke hulp (Wmo hulp of thuiszorg) is juist positief geassocieerd met AWBZ zorg (OR = 1,46, $p < 0,001$). In tegenstelling tot de inzet van formele hulp lijkt particuliere hulp het gebruik van AWBZ zorg te verminderen.

Of een particuliere hulp tot preventie van AWBZ zorg leidt, is hiermee nog niet gezegd. Mogelijk wordt de hulp van een particuliere hulp (de ‘werkster’) stopgezet zodra er een indicatie ligt voor AWBZ zorg. De particuliere hulp doet doorgaans huishoudelijke taken, die niet worden overgenomen door de AWBZ zorgverlener, maar het is wel mogelijk dat gelijktijdig met een AWBZ indicatie ook een indicatie voor Wmo hulp (bijvoorbeeld thuiszorg) komt. Een andere verklaring voor de gevonden omgekeerde relaties tussen particuliere zorg en AWBZ zorg is dat ouderen die veel particuliere hulp inzetten, een sterke wens hebben onafhankelijk te blijven en tevens vermogend genoeg zijn om hulp in eigen hand te houden: zij zijn relatief vaker hoog opgeleid, hebben een groter sociaal netwerk, hebben minder dichtbij wonende kinderen en zijn vaker woonachtig in buurten met een lage immigratiegraad (zie ook het rapport *Extramurale zorgpakketten*, van Vliet et al. 2010).

Om meer te kunnen zeggen welke ouderen particuliere hulp inzetten, zijn kenmerken van de groep mensen met de meeste uren particuliere hulp bestudeerd. Ouderen met 2 of meer uren particuliere hulp per week (hoogste 10% van de verdeling) werden vergeleken met ouderen die minder dan 2 uur per week particuliere hulp hebben. Ouderen met meer dan 2 uur particuliere hulp zijn ouder (75,2 (SD 9,1) versus 71,8 (SD 8,1), $p < 0,001$), hebben een groter netwerk (gem. 18,2 (SD 10,8) versus 16,1 (SD 9,4) leden), hebben minder dichtbij wonende kinderen (gem. 1,2 (SD 1,5) versus 1,7 (SD 1,7), $p < 0,001$), zijn vaker hoog opgeleid (37% versus 16%), en wonen vaker in een buurt met minder dan 5% immigranten (77% versus 66%) dan ouderen met minder of geen particuliere hulp. Er zijn geen verschillen in gezondheidskenmerken en het aantal uren informele hulp en AWBZ zorg tussen mensen met veel en weinig uren particuliere hulp.

4.3.6 Samenvatting: Sociale netwerken en zorg voor zelfstandig wonende ouderen

Het sociaal netwerk heeft zowel preventieve als bevorderende effecten op AWBZ zorg. Mensen die samenleven met een partner en/of een groot sociaal netwerk hebben, krijgen minder vaak AWBZ zorg, ook als gecontroleerd wordt voor leeftijd, sekse, opleidingsniveau en gezondheidskenmerken van de oudere. Maar informele en instrumentele steun uit het sociale netwerk gaan samen met meer AWBZ zorg. Hoe groter het aantal uren zorg dat kinderen verlenen aan hun ouders hoe vaker ook AWBZ zorg is ingezet. Blijkbaar worden alle zeilen bijgezet door het netwerk als de oudere zorg nodig heeft.

Een opmerkelijke rol speelt de particuliere hulp. Het aantal uren particuliere hulp dat wordt ingezet, blijkt samen te gaan met minder inzet van AWBZ zorg als rekening wordt gehouden met persoonskenmerken, gezondheid, netwerkkenmerken, en de aanwezigheid van formele (niet particuliere) hulp. Het aantal uren formele hulp is wel positief geassocieerd met de kans op AWBZ zorg. Een verklaring voor het omgekeerde effect op AWBZ zorg van particuliere hulp zou kunnen zijn dat mensen de particuliere hulp opzeggen als er een indicatie voor AWBZ zorg ligt. Maar uit nadere analyse blijkt te groep met de meeste uren particuliere hulp ook een hoge sociaal economische status te hebben. Het gevonden effect zou daarom ook een weerslag kunnen zijn van de wens om zo lang mogelijk onafhankelijk te blijven en het hebben van financiële middelen om dit te kunnen realiseren bij hoger opgeleide en beter gesitueerde ouderen.

4.4 Eenzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen en het gebruik van AWBZ zorg, formele en informele hulp

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke rol eenzaamheid bij ouderen speelt als AWBZ zorg of andere vormen van hulp worden ingezet. De gedachte is dat mensen die eenzaam zijn meer professionele zorg krijgen. Hiervoor zijn verschillende oorzaken mogelijk. Ten eerste leidt eenzaamheid tot een toename van gezondheidsproblemen (Luanaigh & Lawlor, 2008). Ook hebben eenzame mensen kleinere netwerken (Dykstra & van Tilburg, 2005) waaruit informele hulp kan worden verkregen. En mogelijk kan een professionele zorgverlener de eenzaamheidsgevoelens van de oudere enigszins compenseren. In dit rapport onderzoeken we niet de specifieke oorzaken van het verkrijgen van AWBZ zorg bij eenzame ouderen, maar geven we antwoord op de vraag of eenzame ouderen meer AWBZ zorg krijgen dan niet eenzame ouderen, ook als rekening wordt gehouden met persoonlijke en gezondheidsfactoren.

Eenzaamheid wordt omschreven als bedroefde gevoelens die veroorzaakt worden door een discrepantie tussen het gewenste en het feitelijke sociale netwerk (Peplau & Perlman, 1979). Er kan onderscheid worden gemaakt tussen sociale en emotionele eenzaamheid (Weiss, 1973). Sociale eenzaamheid verwijst naar tekortkomingen in het bredere sociale netwerk, zoals een te gering aantal vrienden en een te geringe contactfrequentie met andere mensen. Onder emotionele eenzaamheid wordt het gemis aan een vertrouwenspersoon, of iemand die er speciaal voor je is, verstaan. De eenzaamheidsschaal (de Jong Gierveld & Kamphuis, 1985) die in het LASA onderzoek wordt gebruikt, bevat deze twee dimensies van eenzaamheid. In dit rapport worden zowel resultaten voor de totaalscores van eenzaamheid gegeven, als voor de dimensies sociale en emotionele eenzaamheid.

4.4.1 Verschillen in zorg bij eenzame en niet eenzame zelfstandig wonende ouderen

Om antwoord te geven op de vraag of er een verschil is in zorg en netwerkkenmerken tussen eenzame en niet eenzame zelfstandig wonende ouderen, zijn de 1549 ouderen uit het LASA onderzoek verdeeld in twee groepen. Ouderen die als eenzaam geclassificeerd zijn, hebben een score van 3 of meer op de eenzaamheidsschaal; ouderen met een lagere score zijn niet eenzaam. Er waren 441 (28,5%) eenzame ouderen. In Tabel 4.1 zijn de verschillen in de diverse zorgvormen beschreven. Conform de verwachtingen maken eenzame ouderen vaker gebruik van AWBZ zorg, formele hulp en hulpmiddelen (alle p -waarden $< 0,001$), maar zij hebben niet vaker informele hulp ($p > 0,05$). Het aantal uren waarin zorg ontvangen wordt verschilt niet tussen eenzame en niet eenzame ouderen (p waarden allebei $> 0,05$).

4.4.2 Verschillen in netwerkkenmerken en sociale steun tussen eenzame en niet eenzame zelfstandig wonende ouderen

Netwerkkenmerken verschillen tussen eenzame en niet eenzame ouderen (zie Tabel 4.1). Minder dan de helft van de eenzame zelfstandig wonende ouderen heeft een partner in het huishouden, terwijl ruim tweederde van de niet eenzamen met een partner samen leeft. Ook hebben ouderen die eenzaam zijn een kleiner sociaal netwerk ($p < 0,001$) en minder kinderen die dichtbij wonen ($p < 0,05$) dan niet eenzame ouderen. Eenzame ouderen ontvangen minder emotionele steun ($p < 0,01$) dan niet eenzame ouderen. Het verschil in instrumentele steun tussen eenzame en niet eenzame ouderen is minder duidelijk ($p = 0,07$).

Tabel 4.1 Vormen van zorg bij 1549 zelfstandig wonende ouderen met en zonder eenzaamheid

	Eenzaamheid		
	(schaal 0-11)		p
	Nee (<3)	Ja (≥3)	
Soorten zorg:			
AWBZ zorg (%)	7,1	14,1	<,001
Uren AWBZ zorg (gem., SD)	1,2 (2,6)	1,2(2,3)	,86
Formele hulp (%)	14,1	28,8	<,001
Uren Formele hulp (gem., SD)	1,9 (2,1)	2,3 (2,8)	,11
Informele hulp (%)	10,4	12,9	,15
Uren Informele hulp (gem., SD)	5,1 (22,2)	2,3 (3,6)	,34
Hulpmiddelen (%)	18,8	35,6	<,001
Geen hulp (%)	59,7	40,8	<,001
Netwerkkenmerken:			
Partner in huishouden (%)	71,7	46,7	<,001
Netwerkgrootte (n=1452; gem., SD)	17,6 (9,8)	13,0 (8,2)	<,001
Aantal kinderen nabij (n=1486; gem., SD)	1,7 (1,7)	1,4 (1,7)	,031
Instrumentele steun (gem., SD)	15,9 (6,0)	14,4 (6,0)	,066
Emotionele steun (gem., SD)	23,4 (6,8)	20,2 (7,7)	,003

4.4.3 Eenzaamheid en de kans op AWBZ zorg, rekening houdend met persoonlijke en gezondheidskenmerken

Omdat gevoelens van eenzaamheid kunnen samenhangen met persoonlijke en gezondheidskenmerken, en deze kenmerken ook weer met de behoefte aan zorg, onderzoeken we de relatieve invloed van eenzaamheid op het verkrijgen van AWBZ zorg, rekening houdend met persoonlijke en gezondheidskenmerken. In Tabel 4.2 worden resultaten gepresenteerd van de relatie tussen sociale en emotionele eenzaamheid en de kans op AWBZ zorg in logistische regressie modellen, gecontroleerd voor verschillende groepen covariaten. In een model zonder covariaten (Model 1) is emotionele eenzaamheid geassocieerd met de kans op AWBZ zorg (OR = 1,29; $p < 0,001$), maar sociale eenzaamheid niet (OR = 0,96; $p >> 0,10$). Als rekening wordt gehouden met leeftijd, geslacht en opleidingsniveau (Model 2), is de associatie tussen emotionele eenzaamheid en AWBZ zorg minder sterk (OR = 1,11; $p = 0,08$). Ook in modellen waar respectievelijk rekening wordt gehouden met gezondheidskenmerken (chronische lichamelijke aandoeningen en cognitieve problemen, Model 3) en netwerkkenmerken (Model 4), blijft emotionele eenzaamheid geassocieerd met een verhoogde kans op AWBZ zorg, maar sociale eenzaamheid niet. In een model waar rekening wordt gehouden met persoonlijke, gezondheids-, en netwerkkenmerken zijn emotionele en sociale eenzaamheid niet geassocieerd met de kans op AWBZ zorg.

4.4.4 **Samenvatting: eenzaamheid en AWBZ zorg**

Eenzame mensen hebben vaker AWBZ zorg dan niet eenzame mensen. Vooral emotionele eenzaamheid is geassocieerd met de inzet van AWBZ zorg. In dit hoofdstuk doen we geen uitspraak over causaliteit in deze relatie: we weten niet of eenzaamheid heeft geleid tot het inzetten van zorg, of dat het afhankelijk zijn van AWBZ zorg tot (emotionele) eenzaamheid leidt. Dat de noodzaak van AWBZ zorg en gevoelens van eenzaamheid hand in hand gaan, lijkt het meest aannemelijk. Eerder onderzoek heeft immers aangetoond is dat eenzaamheid kan leiden tot diverse gezondheidsproblemen (Cornwell & Waite, 2009; Hawkley & Cacioppo 2010), en gezondheidsproblemen kunnen vervolgens het onderhouden van sociale contacten belemmeren (Ertel et al., 2009; van Tilburg & Broese van Groenou 2002).

4.5 **Uitstroom naar intramurale AWBZ zorg: de samenhang met netwerkkenmerken en eenzaamheid bij ouderen**

In de voorgaande hoofdstukken is beschreven hoe persoonskenmerken, gezondheid en het sociaal netwerk samenhangen met vormen van hulp en zorg bij zelfstandig wonende ouderen. Het doel van dit hoofdstuk is om meer zicht te krijgen op de netwerk en gezondheidskenmerken van ouderen die een beroep doen op intramurale zorg. Om dit te onderzoeken is gebruik gemaakt van gegevens over het netwerk en eenzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen uit de LASA observatie uit 2005-2006 (T1, n = 1851), van wie drie jaar later bij de observatie in 2008-2009 (T2) zowel gegevens over de AWBZ indicatie als de woonsituatie en gezondheidskenmerken bekend zijn (n = 1447). De niet geselecteerde groep was gemiddeld ouder, vaker alleenstaand, lager opgeleid, woonde vaker in stedelijke gebieden en had meer beperkingen dan de geselecteerde groep.

Tabel 5.1 **Uitstroom en aanvraag van intramurale zorg bij 1447 zelfstandig wonende ouderen over drie jaar**

	AWBZ indicatie voor verblijf	
	Geen	Wel
Verblijfssituatie:		
Zelfstandig wonend	1403	23
Verzorgingshuis	7	12
Verpleeghuis	0	1
Ziekenhuis	0	1
Totaal:	1410	37

4.5.1 **De inzet van intramurale zorg**

Van 1447 ouderen die op T1 zelfstandig wonend waren, woonden drie jaar later 19 personen in een verzorgingstehuis, één persoon verbleef in een verpleeghuis, en één persoon in een ziekenhuis. In totaal hebben 34 personen van de zelfstandig wonende ouderen op T2 een AWBZ indicatie voor intramurale zorg gekregen, en drie personen hadden een indicatie aangevraagd, maar nog geen indicatie ontvangen. Van deze in totaal 37 personen hadden er 21 een indicatie gekregen of aangevraagd voor langdurend verblijf, zeven personen voor kortdurend verblijf, twaalf personen voor dagopvang en drie personen voor nachtopvang

(sommige personen hebben verschillende indicaties (aangevraagd) voor verblijf) (zie Tabel 5.1). Opvallend is dat zeven personen wel in een verzorgingshuis wonen, maar zelf niet aangeven een indicatie voor verblijf te hebben. Omdat deze personen gebruik maken van een intramurale zorgvoorziening, zijn zij in dit onderzoek wel beschouwd als personen die uitstromen naar intramurale zorg. In totaal zijn er van de 1447 zelfstandig wonende ouderen op T1 44 personen (3%) die een beroep op intramurale zorg op T2.⁸

Tabel 5.2 Kenmerken van gezondheid, sociaal netwerk en eenzaamheid en de inzet van intramurale zorg over drie jaar bij 1447 zelfstandig wonende ouderen

	Intramurale zorg op T2		
	Nee (n=1403)	Ja (n=44)	p-waarde
Leeftijd (T1), gem., (SD)	69,4 (8,1)	81,3 (6,9)	< ,001
Vrouw (%):	54,2	70,5	,033
Lichamelijke beperkingen op T1, gem., (SD) (schaal 1-5):	1,3 (0,6)	2,0 (0,8)	< ,001
Lichamelijke beperkingen op T2, gem., (SD) (schaal 1-5):	1,4 (0,7)	2,7 (1,1)	< ,001
Geen partner op T1(%):	27,2	61,4	< ,001
Netwerkgrootte T1 (n=1401), gem., (SD):	17,2 (9,6)	11,6 (7,1)	< ,001
Aantal kinderen nabij (n=1434), gem., (SD):	1,6 (1,7)	1,4 (1,4)	,426
Instrumentele steun op T1 gem., (SD) (schaal 0-36):	14,8 (6,9)	12,8 (9,1)	,161
Emotionele steun op T1, gem., (SD) (schaal 0-36):	21,9 (16,1)	8,4 (10,3)	< ,001
Sociale eenzaamheid, gem., (SD) (schaal 0-11):	0,9 (1,3)	1,3 (1,5)	,015
Emotionele eenzaamheid, gem., (SD) (schaal 0-11):	1,0 (1,6)	2,0 (2,0)	,001
Persoonlijke (AWBZ) zorg door instanties op T1 (%):	0,5	13,6	< ,001
Formele huishoudelijke hulp op T1 (%)	8,9	50,0	< ,001
Particuliere hulp op T1 (%)	16,3	9,1	,202
Hulp en zorg uit netwerk op T1 (%)	9,7	18,2	,064

4.5.2 Kenmerken van ouderen die een beroep doen op intramurale zorg

De 44 ouderen die een beroep deden op intramurale zorg verschillen in een aantal kenmerken sterk van de ouderen die geen intramurale zorg gebruiken of hebben aangevraagd (zie Tabel 5.2). Mensen die een beroep doen op intramurale zorg zijn gemiddeld ouder, iets vaker vrouw en hebben meer lichamelijke beperkingen dan mensen die geen intramurale zorg nodig hebben. De toename van het aantal beperkingen tussen T1 en T2 is bovendien groter bij

⁸ Hierbij dient te worden opgemerkt geen registratiegegevens van non responders op T2 gebruikt konden worden. Deze informatie zou waarschijnlijk een hoger percentage uitstroom naar extramurale zorg laten zien, zeker omdat non responders op T1 ouder en beperkter waren, en een lagere sociaal economische status hadden.

mensen die beroep doen op intramurale zorg (gemiddelde toename 0,7) vergeleken mensen die dat niet doen (gemiddelde toename 0,1, $p < 0,001$). Ook hebben zij op T1 vaker AWBZ zorg door instanties ($p < 0,001$), formele (huishoudelijke) hulp ($p < 0,001$) of informele hulp ($p = 0,06$). Van de mensen die een beroep doen op intramurale zorg heeft 9% op T1 een particuliere hulp tegen 16 % van de mensen die geen intramurale zorg nodig hebben. Dit verschil was echter statistisch niet significant ($p > 0,05$).

Mensen die intramurale zorg nodig hebben op T2 waren op T1 vaker alleenstaand en hebben gemiddeld een kleiner sociaal netwerk dan de ouderen die deze zorg niet nodig hebben. Er was geen verschil in het aantal dichtbijwonende kinderen. Ouderen met en zonder intramurale zorg verschillen niet in de mate waarin zij instrumentele steun ontvangen, maar een verschil in de ontvangen emotionele steun was er wel: mensen met intramurale zorg hadden op T1 gemiddeld veel minder emotionele steun (8,4, SD 10,3) vergeleken met ouderen zonder deze zorg (gemiddeld 21,9, SD 16,1).

Ook waren er verschillen in de mate van eenzaamheid: ouderen met intramurale zorg op T2 hadden op T1 een hogere score op zowel sociale als emotionele eenzaamheid vergeleken met ouderen die geen intramurale zorg gebruiken op T2.

4.5.3 Kan een goed sociaal netwerk intramurale zorg bij ouderen helpen voorkomen?

Nu we weten dat ouderen zonder intramurale zorg in 2008-2009 bij de observatie drie jaar daarvoor vaker een partner en een groter sociaal netwerk hadden, meer emotionele steun ontvingen en minder eenzaam waren dan ouderen die wel intramurale zorg nodig hebben, rijst de vraag of er mogelijk een preventief effect is van deze karakteristieken. Het gebruik van intramurale zorg hangt samen met leeftijd, sekse, sociaal economische status, lichamelijk beperkingen en ingezette zorg. Deze kenmerken hebben ook een effect op het sociale netwerk, de mate van sociale steun en ervaren eenzaamheid. Daarom is voor het toetsen van een longitudinaal verband tussen netwerk, sociale steun en eenzaamheid en de uitstroom naar intramurale zorg gebruik gemaakt van binaire logistische regressie modellen die zijn gecontroleerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, het aantal lichamelijk beperkingen op T2. De resultaten zijn gepresenteerd in Tabel 5.3.

De resultaten laten zien dat het wel of niet hebben van een partner of dichtbij wonende kinderen geen effect heeft op de kans op intramurale zorg. Wel heeft een groter sociaal netwerk een preventief effect op intramurale zorg: ieder netwerk lid extra verkleint de kans op intramurale zorg in een periode van drie jaar met een factor 0,94 ($p < 0,05$). Ook ouderen die meer emotionele steun ontvangen zijn beter af ($OR = 0,97$, $p < 0,05$), maar instrumentele steun heeft een minder duidelijk preventief effect ($OR = 0,97$, $p < 0,10$). Het effect van netwerk grootte en emotionele steun blijft aanwezig als ook gecontroleerd wordt voor de aanwezigheid van AWBZ zorg of formele huishoudelijke hulp op T1. Ouderen met een groot sociaal netwerk en die veel emotionele steun uit hun netwerk ontvangen hebben een minder grote kans om een beroep te doen op intramurale zorg dan ouderen die dit niet hebben, ook als rekening wordt gehouden met hun leeftijd, geslacht, sociaal economische status en lichamelijke beperkingen. In een model met zowel netwerk als emotionele steun is er nog enigszins effect van emotionele steun ($p = 0,071$), maar heeft netwerk geen verband met de uitstroom naar intramurale zorg ($p = 0,264$). Dit wil zeggen dat emotionele steun die verkregen wordt uit het netwerk een belangrijkere factor in de preventie van intramurale zorg is dan het aantal netwerkleiden op zich. Als het gaat om preventie van intramurale zorg is een

enkele goede vriend of emotioneel betrokken familielid waarschijnlijk waardevoller voor ouderen dan het hebben van contact met een groot aantal burens en kennissen. Er werd geen longitudinaal verband gevonden tussen eenzaamheid en intramurale zorg.

Tabel 5.3 De relatie tussen netwerkkenmerken, sociale steun en eenzaamheid bij 1447 zelfstandig wonende ouderen en de uitstroom naar intramurale zorg over 3 jaar

	Intramurale zorg op T2	
	OR (95% BI)	p-waarde
Zorg en hulp op T1*:		
Persoonlijk zorg door instanties (AWBZ)	4,16 (1,11–15,66)	,035
Formele huishoudelijke hulp	2,09 (1,01 – 4,33)	,049
Particuliere hulp	0,25 (0,08 – 0,78)	,017
Hulp en zorg uit netwerk	0,46 (0,18 – 1,17)	,104
Kenmerken van het sociaal netwerk op T*1:		
Partner (ja)	0,82 (0,38 – 1,76)	,613
Netwerkgrootte (n=1401)	0,94 (0,89 – 0,99)	,019
Aantal kinderen nabij (n=1434)	0,88 (0,72 – 1,07)	,208
Sociale steun*:		
Instrumentele steun	0,97 (0,93 – 1,01)	,095
Emotionele steun	0,97 (0,94 – 1,00)	,032
Eenzaamheid*:		
Sociale eenzaamheid	1,12 (0,90 – 1,40)	,318
Emotionele eenzaamheid	1,11 (0,94 – 1,32)	,228

* Variabelen zijn individueel getoetst, gecontroleerd voor sekse, leeftijd, opleidingsniveau en het aantal lichamelijke beperkingen op T2.

4.5.4 Extramurale zorg bij ouderen en de uitstroom naar intramurale zorg

De inzet van persoonlijke zorg door instanties (AWBZ zorg) bij de ouderen heeft een positief verband met kans op opname in een verzorging of verpleeghuis na drie jaar. Mensen die persoonlijke zorg kregen op T1 verblijven 3 jaar later 4 keer vaker dan mensen zonder deze vorm van zorg in een verpleeg- of verzorgingshuis. Ook de aanwezigheid van formele huishoudelijke hulp vergroot de kans op extramurale zorg (OR=2,1; $p = 0,05$). Particuliere hulp lijkt wel een preventief effect te hebben: mensen die op T1 een particuliere hulp hadden, hebben op T2 een veel kleinere kans op intramurale zorg dan mensen zonder particuliere hulp. Ook in een model met AWBZ zorg als controlevariabele heeft particuliere hulp een statistisch significant effect ($p = 0,03$). Een nadere analyse laat zien dat van de mensen die op T1 een AWBZ indicatie hadden (persoonlijke verzorging thuis, $n=161$) en die daarbij ook een particuliere hulp hadden ($n=23$) er niemand beroep doet op intramurale zorg op T2. Van de ouderen die op T1 AWBZ zorg hadden maar die geen particuliere hulp daarnaast hadden ($n=138$) heeft 16,7 % intramurale zorg op T2. Dit zou kunnen betekenen dat een particuliere hulp goed in staat is om precies in die behoefte te voorzien die een oudere met beperkingen nodig heeft. Een particuliere hulp is vaak al jaren betrokken bij de oudere en is flexibel in werktijden en taken. Naast huishoudelijk werk zou deze ook bijvoorbeeld hulp kunnen bieden bij lichtere zorgtaken zoals het aantrekken van steunkousen of verzorgen van kleding. En mogelijk is een particuliere hulp door het langdurige contact met de oudere ook een bron van gezelligheid en emotionele steun.

4.5.5 Samenvatting: sociale netwerken en mogelijkheden tot preventie van intramurale zorg

In dit hoofdstuk is onderzocht welke ouderen gebruik maken van intramurale zorg, en hoe dit zorggebruik in tijd samenhangt met kenmerken van het netwerk, sociale steun en eenzaamheid. In een periode van drie jaar doet 3% van de onderzoeksgroep een beroep op intramurale zorg. Deze zorgbehoefte hangt vooral samen met de leeftijd en het aantal lichamelijke beperkingen van de oudere. Preventieve factoren voor intramurale zorg zijn een groter sociaal netwerk, een hoge mate van emotionele steun en vooral ook het hebben van een particuliere hulp. Inzet van AWBZ zorg en formele huishoudelijke hulp vergroten juist de kans op intramurale zorg. Het hebben van een partner, dichtbij wonende kinderen en de mate van eenzaamheid hadden geen invloed op de behoefte van intramurale zorg.

4.6 Mogelijkheden tot preventie van AWBZ zorg

Het doel van dit rapport is het verkennen van mogelijkheden voor preventie van AWBZ zorg. Er is onderzocht of zelfstandig wonende ouderen met een groter sociaal netwerk, rekening houdend met hun beperkingen, minder, meer, of anders gebruik maken van AWBZ zorg. Daarbij is ook gekeken naar andere vormen van hulp, zoals formele (particuliere en Wmo) hulp en informele hulp. Tevens is onderzocht in hoeverre eenzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen gerelateerd is aan het gebruik van AWBZ zorg.

4.6.1 Algemene kenmerken van zelfstandig wonende ouderen met AWBZ zorg

Mensen die gebruik van maken van AWBZ zorg zijn ouder, vaker vrouw en lager opgeleid dan mensen die geen AWBZ zorg hebben. Ouderen die AWBZ zorg hebben, hebben meer lichamelijke beperkingen, meer chronische lichamelijke ziekten, meer depressieve symptomen, meer cognitieve problemen en een slechtere subjectieve gezondheid dan ouderen die geen AWBZ zorg ontvangen. Het aantal uren waarin AWBZ zorg wordt ontvangen, is groter bij mensen met meer lichamelijke beperkingen, meer depressieve symptomen en meer cognitieve problemen. Lichamelijke ziekten en de subjectieve gezondheid hebben geen effect op het aantal uren AWBZ zorg. Ouderen die gebruik maken van AWBZ zorg hebben ook vaak formele hulp, hulpmiddelen die verstrekt worden in het kader van de Wmo, en informele hulp. Het aantal uren van deze formele en informele hulp verandert niet als er meer gezondheidsproblemen zijn. Een op de drie ouderen heeft zowel AWBZ zorg als formele en informele hulp.

Er waren geen verschillen in AWBZ zorg tussen ouderen die in verschillende buurten of in verschillende LASA regio's wonen. Formele hulp wordt vaker door ouderen in stedelijke buurten ontvangen dan door mensen in dorpen of op het platteland. Het aantal uren formele hulp verschilt niet op buurtniveau. In de regio Oss wordt vaker informele hulp ontvangen dan in de regio's Amsterdam en Zwolle, maar ook hier was er geen verschil in het aantal uren.

Dat het aantal uren AWBZ zorg wel samenhangt met de mate van lichamelijke en cognitieve beperkingen en depressieve symptomen, maar niet met het aantal lichamelijk ziekten, kan worden verklaard door het gegeven dat bij een indicatiestelling voor AWBZ zorg niet alleen de gediagnosticeerde aandoening, maar vooral de mate van beperkingen die daaruit voortkomen doorslaggevend zijn. De minder sterke samenhang tussen gezondheid en het aantal uren formele (met name huishoudelijke) hulp kan worden verklaard doordat de behoefte

per huishouden aan deze vorm van hulp minder varieert. Bij de uren hulp uit het eigen netwerk is de variatie juist zeer groot, waardoor een duidelijke samenhang met persoons- en gezondheidskenmerken moeilijk is vast te stellen. Uitschieters in het aantal uren hulp uit het eigen netwerk waren te zien bij de oudsten, bij mensen met ernstige lichamelijke en vooral cognitieve beperkingen. Dit kan erop wijzen dat bij sommige ouderen uit deze groepen alle mogelijke hulp moet worden ingezet, vooral als de situatie plotseling verslechtert. Er gaat immers tijd overheen voordat formele zorgvormen kunnen worden ingezet of uitgebreid. Het CIZ heeft tijd nodig om een aanvraag voor AWBZ zorg te beoordelen en er zijn vaak wachtlijsten voor intramurale instellingen.

4.6.2 Netwerkenmerken en de relatie met AWBZ zorg

Een goed sociaal netwerk kan er toe bijdragen dat minder AWBZ zorg en formele hulp wordt ingezet. Het kan ook zijn dat, indien eenmaal zorg en hulp nodig is, alle benodigde hulp wordt ingezet als er een goed sociaal netwerk is. Uit de resultaten van dit onderzoek blijken er inderdaad zowel bevorderende als preventieve effecten van het sociaal netwerk op AWBZ zorg te zijn.

Netwerkenmerken die samenhangen met meer AWBZ zorg

Ouderen met AWBZ zorg hebben vaker informele hulp uit het netwerk dan ouderen zonder AWBZ zorg. Het krijgen van meer instrumentele steun uit het netwerk, zoals mensen die helpen met een klusje in huis of een boodschap doen, hangt samen met meer AWBZ zorg, als ook rekening wordt gehouden met leeftijd, sekse, opleidingsniveau en gezondheidskenmerken van ouderen.

Netwerkenmerken die samenhangen met minder AWBZ zorg

Het hebben van een partner in het huishouden en het hebben van een groter sociaal netwerk zijn factoren die de kans op inzet van AWBZ zorg verkleinen als tevens rekening wordt gehouden met leeftijd, sekse, opleidingsniveau en gezondheidskenmerken van de oudere. In de longitudinale analyse blijkt het hebben van een partner geen preventief effect te hebben op uitstroom naar intramurale zorg, maar een groter sociaal netwerk wel. Een verklaring zou kunnen zijn dat ouderen met een groot sociaal netwerk hebben doorgaans ook een betere sociaal-economische status hebben. Dit gaat vaak samen met een gezondere en actievere leefstijl, die de gezondheid gunstig beïnvloed. Ouderen die veel emotionele steun uit hun netwerk ontvangen, hebben een minder grote kans dat zij intramurale zorg gaan gebruiken. Instrumentele steun uit het netwerk hangt samen met minder AWBZ zorg aan huis.

Particuliere hulp

Een bijzondere rol lijkt weggelegd voor de particuliere hulp. Ouderen die meer uren particuliere hulp hebben, gebruiken minder vaak inzet van AWBZ zorg en doen minder vaak een beroep op intramurale zorg. Of particuliere hulp inderdaad tot preventie van AWBZ zorg leidt, is hiermee nog niet gezegd. Het is ook mogelijk dat de particuliere hulp (de ‘werkster’) wordt stopgezet zodra er een indicatie is voor AWBZ zorg. De particuliere hulp doet doorgaans huishoudelijke taken, die niet zullen worden overgenomen door de AWBZ zorgverlener, maar het is wel mogelijk dat er gelijktijdig met een AWBZ indicatie ook een indicatie voor Wmo hulp (bijvoorbeeld thuiszorg) komt. Het aantal uren formele hulp zijn wel positief geassocieerd met de kans op AWBZ zorg. Een andere verklaring kan zijn dat ouderen die veel particuliere hulp inzetten, een sterke wens hebben onafhankelijk te blijven en tevens vermogend genoeg zijn om hulp in eigen hand te houden. Dit wordt ondersteund door het

gegeven dat ouderen die een particulier hulp hebben ook een hogere sociaal economische status hebben.

4.6.3 Eenzaamheid en AWBZ zorg

Eenzame mensen hebben vaker AWBZ zorg dan niet eenzame mensen. Vooral emotionele eenzaamheid is geassocieerd met de inzet van AWBZ zorg bij zelfstandig wonende ouderen. Er werd geen longitudinaal verband gevonden tussen eenzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen en de uitstroom naar intramurale zorg. Dit wijst erop dat eenzaamheid niet zozeer leidt tot meer AWBZ zorg, maar dat de behoefte aan AWBZ zorg en gevoelens van eenzaamheid hand in hand gaan. Eenzaamheid kan leiden tot diverse gezondheidsproblemen, en gezondheidsproblemen kunnen het onderhouden van sociale contacten op zijn beurt belemmeren.

4.6.4 Aanbevelingen ter preventie van AWBZ zorg

Formele hulp en informele hulp uit het netwerk lijken AWBZ zorg niet te kunnen substitueren; de inzet van AWBZ zorg gaat meestal hand in hand met andere vormen van hulp. De aanwezigheid van de partner in het huishouden lijkt het meest preventieve kenmerk van het netwerk te zijn dat de inzet van AWBZ zorg aan huis (maar niet intramurale zorg) kan verminderen. Zorgen voor een zieke partner is doorgaans een grote belasting, en omdat partners van ouderen zelf doorgaans ook oud zijn, vormen zij een bijzonder kwetsbare groep. Het lijkt dan ook zinvol partners van ouderen zo goed mogelijk te faciliteren, zodat zij de zorg zo lang mogelijk kunnen volhouden. Dit kan door te investeren in een goede samenwerking tussen partner en formele hulp uit de Wmo en/of particuliere hulp. Maar ook het bieden van ondersteunde gesprekken aan de partner (een luisterend oor bieden en tips uitwisselen door lotgenoten en/of begeleiding door professional) en de mogelijkheid voor de zorgende partner om een dagje ‘vrij’ te zijn (incidentele vervangende hulp mogelijk maken die snel beschikbaar is) zouden de partner kunnen helpen de zorg vol te houden.

Het hebben van mogelijkheden tot het inzetten van particuliere hulp lijkt zeker ook een preventieve factor voor het AWBZ zorggebruik. Mogelijk ontlast de particuliere hulp ook de partner, die daardoor meer tijd kan besteden aan de persoonlijke verzorging van de oudere. Of het faciliteren hiervan inderdaad tot minder AWBZ zorg leidt, is niet onderzocht. Het preventieve effect van een particuliere hulp zou verklaard worden door zowel een substitutie effect door formele vormen van hulp, als door bijzondere kenmerken van de groep ouderen die veel van particuliere hulp gebruikt maakt. Het zijn doorgaans de meer vermogende ouderen, met een hoger opleidingsniveau die veel uren hulp van een particulier inzetten. Een groep die mogelijk ook sterker dan anderen de wens heeft zelfstandig te blijven. Het lijkt op basis van dit onderzoek aan te bevelen de particuliere hulp voor meer ouderen bereikbaar te maken. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door verruimen van regelingen voor bijverdiensten, maar ook door het beschikbaar stellen (en houden) van zelf besteedbare persoonsgebonden zorgbudgetten.

Mensen met grotere netwerken maken minder gebruik van AWBZ zorg, zowel in de thuissituatie als in de vorm van intramurale zorg. Dit lijkt aanleiding om het vergroten en onderhouden van sociale netwerk bij ouderen te stimuleren. De grootte van het sociale netwerk hangt ook samen met sociaal-economische factoren. Dit betekent dat vooral in verstedelijkte gebieden waar meer lager opgeleiden wonen, projecten die tot doel hebben sociale netwerken bij ouderen te versterken zinvol kunnen zijn. Het versterken van sociale

netwerken kan tevens een preventief effect hebben op gevoelens van eenzaamheid. Het tegengaan van eenzaamheid bij ouderen heeft mogelijk een indirect preventief effect op AWBZ zorg: terugdringen van eenzaamheid kan leiden tot een betere gezondheid van de oudere, waardoor de behoefte aan hulp en zorg afneemt.

4.7 Referenties

- Agree, E.M. & Glaser, K. (2009) Demography of Informal Caregiving. In: P.Uhlenberg (ed.), *International Handbook of Population Aging*, Chapter 29. Dordrecht: Springer
- Andren, K. G. & Rosenqvist, U. (1985). Heavy users of an emergency department: psychosocial and medical characteristics, other health care contacts and the effect of a hospital social worker intervention. *Social Science & Medicine.*, 21, 761-770.
- Baarsen, B. van ; Snijders, T.A.; Smit J.H.; Duijn, M.A. van (2001). Lonely but not alone: Emotional isolation and social isolation as two distinct dimensions of loneliness in older people. *Educational and Psychological Measurement*, 61 : 119-135.
- Boer, A. de; Broese van Groenou, M. & Timmermans J.(red), (2009) Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers 2007 Sociaal Cultureel Planbureau.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Berntson, G. G., Ernst, J. M., Gibbs, A. C., Stickgold, R. et al. (2002). Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency. *Psychological Science*, 13, 384-387.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21, 140-151.
- Cheng, S.-T. (1992). Loneliness-distress and physician utilization in well-elderly females. *Journal of Community Psychology*, 20, 43-56.
- CIZ Beleidsmonitor Tweede halfjaar 2009; www.ciz.nl/sf.mcgi?6242
- Cornwell, E. Y. & Waite, L. J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 50, 31-48.
- Bloem, B.A., & Van Tilburg, T.G. (2006). Minder eenzaam na verhuizing? *Rooilijn, Tijdschrift voor wetenschap en beleid in de ruimtelijke ordening*, 39, 221-226.
- De Jong-Gierveld J. & Kamphuis, F. (1985). Development of a Rasch-Type Loneliness Scale. *Applied Psychological Medicine*, 9: 289-299.
- De Jong-Gierveld J. & van Tilburg T. (1999). Living arrangements of older adults in the Netherlands and Italy: coresidence values and behaviour and their consequences for loneliness. *Journal Of Cross-Cultural Gerontology.*, 14, 1-24.
- Dykstra, P. van Tilburg T.G., de Jong-Gierveld (2005) Changes in Older Adult Loneliness. Results From a Seven-Year Longitudinal Study *Research on Aging*, 27 :725-747
- Ellaway, A., Wood, S., & Macintyre, S. (1999). Someone to talk to? The role of loneliness as a factor in the frequency of GP consultations. *British Journal of General Practice*, 49, 363

- Ertel, K. A., Glymour, M. M., & Berkman, L. F. (2009). Social networks and health: A life course perspective integrating observational and experimental evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26, 73-92.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975). Mini-mental state" : A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12,189-198.
- Hall, M. & Havens, B. (1999). *The effect of social isolation and loneliness on the health of older women*. Aging in Manitoba Study, Department of Community Health Sciences, University of Manitoba, Canada.
- Hawkley, L. C. & Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness and pathways to disease. *Brain Behavior and Immunity*, 17 Supplement 1, S98-105.
- Hawkley, L. C. & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40, 218-227.
- Hawkley, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 25, 132-141.
- Heikkinen, R. L. & Kauppinen, M. (2004). Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38, 239-250.
- Holmen, K., Ericsson, K., Andersson, L., & Winblad, B. (1992). Loneliness among elderly people living in Stockholm: a population study. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 43-51.
- Luanaigh, C. O. & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1213-1221.
- Penninx, B. W., van Tilburg, T. G., Kriegsman, D. M., Deeg, D. J., Boeke, A. J., & van Eijk, J. T. (1997). Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *American Journal of Epidemiology*, 146, 510-519.
- Peplau, L. A. & Perlman, D. (1979). Blueprint for a social psychological theory of loneliness. In M. Cook & G. Wilson (Eds.), *Love and attraction*. Oxford, England: Pergamon, 99-108.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General *Applied Psychological Measurement*, 1, 385.
- Russell, D. W., Cutrona, C. E., de la, M. A., & Wallace, R. B. (1997). Loneliness and nursing home admission among rural older adults. *Psychology and Aging*, 12, 574-589.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkala, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 223-233.

van Tilburg, T. G. & Broese van Groenou, M. I. (2002). Network and health changes among older Dutch adults. *Journal of Social Issues*, 58, 697-713.

Van Vliet, M. J. G., Broese van Groenou, M. I. & Deeg, D.J. H. (2010) *Extramurale Zorgpakketten. Verleende zorg aan zelfstandig wonende ouderen in onderscheidende pakketten.*

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation.* Cambridge: MIT Press.

Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L. et al. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry*, 64, 234-240.

4.8 BIJLAGE 1: Methodologische verantwoording

Data

De analyses voor hoofdstuk 3.2 t/ 3.4 van dit rapport zijn uitgevoerd met data van de LASA G meting (waarneming 2008-2009, N=1818). De onderzoekspopulatie bestaat uit 1549 zelfstandig wonende ouderen waarvan interviewgegevens beschikbaar zijn, aangevuld met gegevens uit het medisch interview.

In Hoofdstuk 3.5 wordt gebruik gemaakt van longitudinale data uit LASA F (observatie 2005-2006) en LASA G (observatie 2008-2009). Voor de onderzoeksgroep werden alle zelfstandig wonende ouderen uit de LASA F meting geselecteerd (n= 1851). Hiervan hebben 1447 personen zowel meegedaan aan LASA G hoofdinterview als aan het medisch interview. Zij vormen de onderzoekspopulatie in dit hoofdstuk.

Afhankelijke variabelen

Er zijn drie dichotome variabelen geconstrueerd die verschillende vormen van zorg representeren, namelijk AWBZ zorg, formele hulp en informele hulp. Per zorgsoort is ook het aantal uren weergegeven in een variabele.

AWBZ zorg

In het LASA interview wordt respondenten gevraagd naar de huidige hulp bij persoonlijke verzorging. Vervolgens wordt gevraagd van wie deze hulp verkregen wordt: partner, inwonend kind, andere inwonende, overige familie buiten woning, burens/vriend/kennis, vrijwilligers, wijkverpleegkundige, bejaardenhulp/alfahulp, particuliere hulp, personeel tehuis of ziekenhuis, anders, niemand. Indicator voor AWBZ zorg is *persoonlijke zorg* die wordt ontvangen van een betaalde zorgverlener (wijkverpleegkundige, personeel tehuis of ziekenhuis, bejaardenhulp/alfahulp of particuliere hulp). Deze gegevens zijn aangevuld met gegevens over de aanwezigheid van een AWBZ indicatie uit het medisch interview. Er wordt geen onderscheid gemaakt in het soort zorg dat geïndiceerd of ingezet: het kan gaan om verpleging, begeleiding of ondersteuning van een *zelfstandig wonende* oudere. De variabele AWBZ zorg heeft de waarde 1 indien er in het interview is aangegeven dat er persoonlijke zorg door een professional wordt verkregen, en/of als uit het medisch interview blijkt dat er een AWBZ indicatie is afgegeven. Het aantal uren zorg is gebaseerd op het aantal uren dat is uitgevraagd in het hoofdinterview.

Formele hulp

De variabele formele hulp is gebaseerd op de vraag over de aanwezigheid van *huishoudelijke hulp* door een formele zorgverlener (thuiszorg wijkverpleegkundige, personeel tehuis of ziekenhuis, bejaardenhulp/alfahulp of particuliere hulp), uit het interview en op de vraag over het gebruik van Wmo voorzieningen (zoals aanpassingen in de woning, regelingen voor het vervoer, maaltijdservice) uit het medisch interview. Als een of beide vragen positief is beantwoord, is sprake van formele hulp. Het aantal uren hulp is gebaseerd op het aantal uren dat is uitgevraagd in het hoofdinterview. In LASA kan particuliere hulp worden onderscheiden van overige formele huishoudelijke hulp. Ten behoeve van hoofdstuk 3 van dit rapport zijn twee aparte variabelen geconstrueerd die de uren huishoudelijke hulp verkregen

uit particuliere hulp en de uren huishoudelijke hulp die door overige formele hulpverleners wordt verkregen weergeven.

Informele hulp

Persoonlijke zorg of huishoudelijke hulp verkregen van kinderen, overige familie, burens/vrienden en vrijwilligers (bijvoorbeeld van de kerk), is indicator voor informele hulp. Hulp en zorg door de partner is hier buiten beschouwing gelaten. Het aantal uren informele hulp is gebaseerd op het aantal uren dat is uitgevraagd in het hoofdinterview.

Particuliere hulp

In de gegevens van LASA wordt onderscheid gemaakt tussen particuliere hulp en overige formele hulp (Wmo hulp of thuiszorg). gemaakt tussen uren formele hulp van een particuliere hulp en uren formele hulp van een andere formele (niet AWBZ geïndiceerde) hulpverlener.

Geen hulp

Met een dichotome variabele wordt weergegeven of een van de vormen van hulp wordt ontvangen (AWBZ zorg, formele hulp of informele hulp, hulpmiddelen, maar ook particuliere hulp). Een score 1 geeft weer dat er geen vorm van hulp ontvangen wordt, een score 0 betekent dat er wel een vorm van hulp wordt ontvangen.

Intramurale zorg

Intramurale zorg (dichotome variabele, hoofdstuk 5) is gebaseerd op het wonen in een verzorgingstehuis en/of een AWBZ indicatie voor verblijf (kort, lang, dag of nacht, uit medisch interview).

Onafhankelijke variabelen

Persoonskenmerken

Indicatoren voor leeftijd zijn zowel in de vorm van een categorale variabele (geboortecohort, 6 categorieën) als een continue variabele 'leeftijd'. Daarnaast zijn sekse (0=vrouw, 1=man) en opleidingsniveau (3 categorieën: laag, midden en hoog) gebruikt.

Gezondheidskenmerken

Indicator voor lichamelijke gezondheid is het aantal chronische lichamelijke beperkingen (7 meest voorkomende chronische aandoeningen). Deze indicator is zowel in de vorm van een continue variabele als een categorale variabele (0, 1, 2, 3 of meer) gebruikt. Voor de variabele cognitie is de MMSE score gebruikt, zowel in een continue vorm, als in een categorale variabele. De categorieën zijn als volgt ingedeeld: slecht is MMSE <18; matig tussen 18 en 28, goed is ≥ 28 (Folstein et al. 1975). Depressieve symptomen is gemeten met de CES-D score. Voor de categorale variabele 'depressieve symptomen' (ja of nee) is een cut off score van 16 gebruikt op de CES-D (Radloff, 1977). De variabele 'subjectieve gezondheid' (range 1-5) is eveneens verdeeld in een categorale variabele (score 1 of 2 = goede, 3 = matige en 4 of 5 is slechte subjectieve gezondheid).

Netwerkenmerken

Netwerkenmerken zijn: partner in huishouden, netwerk grootte (continue variabele, en als dichotome variabele (cut off score = 22) als indicator voor een groot of klein netwerk) en het aantal dichtbijwonende kinderen (< 15 minuten afstand), instrumentele steun en emotionele steun uit het netwerk (beide continue variabelen met een range 0-36) en het aantal uren zorg van de partner, kinderen, vrienden/buren/overige familie.

Eenzaamheid

Eenzaamheid is gemeten met de eenzaamheidschaal (11 items; de Jong Gierveld & Kamphuis, 1985). Deze is zowel als continue variabele (range 0-11) als dichotome variabele (cut off score ≥ 3) gebruikt. Daarnaast is onderscheid gemaakt tussen sociale eenzaamheid (range 0-5) en emotionele eenzaamheid (range 0-6).

Missende waarden

Missende waarden zijn vervangen door het gemiddelde. De variabele netwerk grootte heeft meer dan 5% missende waarden en missende waarden zijn daarom niet vervangen. Analyses waarin deze variabele wordt gebruikt, betreffen een subpopulatie (n=1452) waarin gegevens over netwerk grootte beschikbaar zijn. Voor de variabele 'dichtbij wonende kinderen' is een subpopulatie van n=1488 gebruikt.

Analyses

In beschrijvende tabellen zijn demografische/persoonskenmerken, netwerkenmerken, en kenmerken van eenzaamheid weergegeven. Met Chi-square toetsen, t-toetsen en variantie analyses zijn verschillen in de groepen met en zonder AWBZ zorg, formele hulp, informele hulp en geen hulp worden onderzocht. Associaties tussen persoonskenmerken, buurtkenmerken, gezondheidskenmerken, netwerkenmerken en eenzaamheid met het hebben van AWBZ zorg zijn in multivariate logistische regressie modellen getoetst. Odds Ratio's en betrouwbaarheidsintervallen worden weergegeven in tabellen. Het significantie niveau is 5%.

4.9 Tabel 3.1 en Tabel 4.2

Zie achteraan in dit rapport

Tabel 3.1 Netwerkkenmerken bij zelfstandig wonende ouderen (n=1549) met en zonder verschillende vormen van zorg

	AWBZ zorg			Formele hulp			Hulpmiddelen			Informele hulp			Hulp totaal		
	wel	geen	p*	wel	geen	p*	wel	geen	p*	wel	geen	p*	wel	geen	p*
Partnerstatus:			<,001			<,001			<,001			<,001			<,001
Met partner in huishouden (%)	4,6	95,4		8,6	91,4		14,4	85,6		6,4	93,6		33,7	66,3	
Zonder partner in huishouden (%)	17,3	82,7		35,9	64,1		40,3	59,7		19,7	80,3		67,6	32,3	
Netwerkkenmerken:															
Netwerkgrootte (n=1422; gem. , SD)	11,1 (8,6)	15,5 (10,5)	<,001	12,4 (9,4)	15,7 (10,7)	<,001	12,7 (9,3)	15,9 (10,6)	<,001	13,1 (8,6)	15,4 (9,1)	,001	14,0 (10,1)	16,1(10,5)	,001
Aant. kinderen nabij (n=1486; gem. , SD)	1,6 (1,7)	1,6 (1,7)	,88	1,6 (1,8)	1,6 (1,7)	,67	1,5 (1,8)	1,6 (1,7)	,45	2,2 (2,1)	1,5 (1,6)	<,001	1,6 (1,8)	1,6 (1,6)	,34
Steun uit netwerk:															
Instrumentele steun (0-36, gem. , SD)	17,5 (6,3)	15,2 (5,9)	<,001	17,1 (6,5)	15,1 (5,8)	<,001	16,7 (6,5)	15,0 (5,8)	<,001	18,4 (6,3)	15,1 (5,9)	<,001	16,3 (6,3)	14,7 (5,7)	<,001
Emotionele steun (0-36, gem. , SD)	22,2 (7,5)	22,5 (7,2)	,58	22,7 (7,3)	22,5 (7,2)	,71	22,6 (7,5)	22,5 (7,1)	,85	23,7 (7,4)	22,4 (7,2)	,02	22,2 (7,1)	22,9 (7,3)	,07
Gemiddelde uren zorg van:															
Partner	1,9 (14,5)	0,8 (7,4)	,39	1,0 (10,3)	0,9 (7,8)	,91	1,4 (9,9)	0,8 (7,8)	,29	2,4 (13,9)	0,7 (7,3)	,11	0,8 (7,1)	1,0 (9,2)	,68
Kinderen	0,6 (1,9)	0,1 (0,8)	,002	0,4 (1,7)	0,1 (0,7)	,002	0,4 (1,7)	0,1 (0,5)	<,001	1,4 (2,6)	-	-	0,3 (1,4)	-	-
Vrienden/overige familie	0,1 (0,4)	0,0 (0,4)	,20	0,1 (0,4)	0,0 (0,4)	,13	0,1 (0,3)	0,0 (0,4)	,36	0,4 (1,2)	-	-	0,1 (0,6)	-	-
Particuliere hulp	1,7 (14,2)	0,6 (3,7)	,35	0,4 (1,1)	0,8 (6,1)	,31	1,0 (8,9)	0,6 (4,0)	,34	1,4 (12,9)	0,6 (3,7)	,40	1,5 (8,1)	-	-

Tabel 4.2 De rol van persoonskenmerken, gezondheidskenmerken en netwerkkenmerken in de relatie tussen emotionele en sociale eenzaamheid en de kans op AWBZ zorg bij 1549 zelfstandig wonende ouder

	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4 (n=1422)		Model 5 (n=1422)	
	OR (95% BI)	p	OR (95% BI)	p	OR (95% BI)	p	OR (95% BI)	p	OR (95% BI)	p
Eenzaamheid:										
Emotionele eenzaamheid	1,29 (1,17 – 1,43)	<,001	1,11 (0,99 – 1,24)	,075	1,11 (0,99 – 1,24)	,086	1,15 (1,03 – 1,29)	,014	1,02 (0,90 – 1,16)	,733
Sociale eenzaamheid	0,97 (0,84 – 1,12)	,634	1,05 (0,90 – 1,23)	,525	0,94 (0,80 – 1,11)	,483	1,05 (0,89 – 1,23)	,583	1,07 (0,88 – 1,28)	,509
Persoonskenmerken:										
Sekse	-		0,51 (0,33 – 0,77)	,002	-		-		0,61 (0,37 – 1,02)	,060
Leeftijd	-		1,12 (1,10 – 1,15)	<,001	-		-		1,07 (1,04 – 1,10)	<,001
Opleidingsniveau:	-			,560	-		-			,874
Laag	-		Referentie groep		-		-		Referentie groep	
Midden	-		1,60 (0,74 – 2,82)	,282	-		-		0,97 (0,44 – 2,10)	,929
Hoog	-		1,37 (0,72 – 2,60)	,331	-		-		1,06 (0,54 – 2,20)	,800
Gezondheidskenmerken:										
# lichamelijke beperkingen					3,17 (2,53 – 3,97)	<,001			2,09 (1,60 – 2,75)	<,001
# lichamelijke ziekten	-		-		1,24 (1,47 – 1,46)	,023	-		1,27 (1,06 – 1,53)	,011
Cognitie (score MMSE)	-		-		0,90 (0,84 – 0,96)	,001	-		0,93 (0,86 – 1,01)	,086
Netwerkkenmerken:										
Partner in huishouden	-		-		-		0,28 (0,19 – 0,43)	<,001	0,57 (0,35 – 0,94)	,026
Netwerkgrootte	-		-		-		0,94 (0,91 – 0,97)	<,001	0,96 (0,93 – 1,00)	,034
Kinderen dichtbij (<15 min)	-		-		-		1,00 (0,90 – 1,13)	,946	0,93 (0,82 – 1,07)	,322
Instrumentele steun	-		-		-		1,10 (1,06 – 1,14)	<,001	1,06 (1,02 – 1,11)	,006
Emotionele steun	-		-		-		0,97 (0,94 – 1,01)	,130	0,99 (0,95 – 1,03)	,561